



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

**CUIDADOS HUMANIZADOS EN LAS
UNIDADES DE SALUD MENTAL.**

Los derechos de relación.

Susana Sevillano Ordax

Tutor/a: María Ángeles Álvarez López

AGRADECIMIENTOS

Antes de comenzar el trabajo, me gustaría dedicar unas palabras de agradecimiento a aquellas personas que me han acompañado durante la realización de mi Trabajo de Fin de Grado:

Agradecer a María Ángeles Álvarez López, mi tutora y profesora de Salud Mental de la Facultad de Enfermería en la Universidad de Valladolid, sus buenos consejos, dedicación y paciencia a lo largo de estos meses.

A la comunidad de divulgación científica, cuyas publicaciones me han servido de base para la elaboración de este trabajo.

Gracias.

RESUMEN

El cuidado humanizado debe fundamentarse en la dignidad y el respeto del ser humano. Este debe tener en consideración las preferencias, necesidades, valores y principios de la persona. Para evitar la deshumanización, la relación enfermera-paciente debe fundamentarse en la confianza y caracterizarse por una atención personalizada o individualizada, abordada desde la esfera biopsicosocial.

Las personas con trastorno mental han de participar activamente en el cuidado de su propia salud y formar parte de las decisiones que se tomen durante el proceso asistencial, pues no siempre la enfermedad mental está ligada a una falta de competencia. La enfermedad mental en España afecta a 1 de cada 10 personas mayores de 15 años, teniendo mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino.

Con el presente trabajo, se analizan los derechos de relación (Información, Autonomía y Consentimiento Informado, en el ámbito de Salud Mental) recogidos en la Ley 41/2002; y para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa de la literatura científica en diferentes bases de datos, libros y páginas web, obteniendo un total de 23 recursos, fundamentados en los criterios de inclusión.

El principio ético que rige el cuidado humanizado es el de la autonomía, y la principal manifestación del respeto a la autonomía del paciente es el consentimiento informado, que establece que no puede llevarse a cabo ninguna actuación en el ámbito de la salud si el paciente no ha prestado su consentimiento, siendo necesaria una previa información que le aporte elementos de juicio suficientes. Los profesionales de enfermería tienen un papel clave en el desarrollo del cuidado humanizado.

Palabras clave: Humanización del cuidado, Salud Mental, Enfermería, Autonomía, Información, Consentimiento informado.

ABSTRACT

Humanized care should be based on the principles of dignity and respect towards the human being. It should take into consideration the patient's preferences, needs, values and principles. In order to avoid dehumanization, the nurse-patient relationship should be based on trust and be characterized by a personalized or individualized care, which should be approached from the biopsychosocial sphere.

Patients should actively participate in their own healthcare and take part in the decisions made during the clinical procedure, including those patients with mental pathology, since mental illness is not always associated with a lack of capacity. These mental pathologies in Spain affect 1 out of every 10 people over 15 years of age, with a higher prevalence in females than in males.

The present dissertation aims to analyze the relationship rights (Information, Autonomy and Informed Consent, in the field of Mental Health) included in the Law No. 41/2002 of November 14, 2002. For this purpose, a narrative bibliographic review of scientific literature has been carried out in different databases and websites related to Psychiatry, and a total of 23 resources have been retrieved based on the inclusion criteria.

The ethical principle that governs humanized healthcare is that of autonomy, and the main manifestation of respect for the patient's autonomy is the informed consent, which establishes that no action in the field of healthcare can be carried out if the patient has not given his/her consent.

To this end, it is necessary to provide prior information that gives the patient sufficient evidence for decision-making. Nursing professionals play a key role in the development of humanized care.

Keywords: Humanizing care, Mental Health, Nursing, Autonomy, Information, Informed consent.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	5
3. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo general	7
3.2. Objetivos específicos	7
4. METODOLOGÍA	8
4.1. Diseño	8
4.2. Período de estudio	9
4.3. Fuentes bibliográficas, descriptores y operadores booleanos.....	9
4.4. Criterios de inclusión y exclusión	10
5. RESULTADOS	11
5.1. Cuidados humanizados y rol específico de los profesionales de enfermería en las unidades de Salud Mental.	13
5.2. Protección de los derechos de relación de las personas con trastorno mental. Capacidad y competencia.	16
5.3. Análisis de la legislación vigente que garantiza los derechos de relación. Derecho a la Información, la Autonomía y el Consentimiento Informado.	18
5.3.1. Derecho a la Información Sanitaria	18
5.3.2. Derecho a la Autonomía del paciente. Consentimiento Informado.	21
6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	28
6.1. Limitaciones	28
6.2. Futuras líneas de investigación.....	28
7. CONCLUSIONES	30
8. BIBLIOGRAFÍA	31

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Criterios de inclusión y exclusión.	10
TABLA 2: Descripción de recursos empleados en la revisión bibliográfica.....	11
TABLA 3: Competencias Escala HUMAS.....	14
TABLA 4: Etapas dinámicas y consecutivas de la Secuencia Estructurada de Procedimientos de Cuidado de la Humanidad (SSHCP).....	15
TABLA 5: Elementos normativos del Consentimiento Informado.	22

1. INTRODUCCIÓN

La enfermería en el transcurso de los tiempos ha sido y es una profesión encomendada al rol de cuidar. Desde los inicios de la profesión de enfermería en el siglo XIX, Florence Nightingale planteó la necesidad de que esta fuese fundamentada en el conocimiento, además de ofrecer a sus atendidos un cuidado digno y con sentido humano. Por tanto, el trato humanizado ha estado presente en el cuidado de enfermería a largo de la historia (1).

La palabra **humanizar**, según la Real Academia Española, recoge dos significados diferentes: “*hacer humano, familiar y afable a alguien o algo*” y “*ablandarse, desenojarse, hacerse benigno*” (2). Por lo tanto, humanizar es considerar a la persona en todas sus dimensiones, en su globalidad holística: biológica, psicológica y social o conductual, y por ello, el cuidado humanizado no se centrará únicamente en la enfermedad, sino que también en la persona que esté a nuestro cuidado. Esto va a exigir a los profesionales sanitarios desarrollar una serie de habilidades para poder acceder a la persona a la que se va a asistir, identificando sus problemas y necesidades, y al mismo tiempo, haciéndola sentir protagonista durante todo el proceso asistencial(3).

El psiquiatra **Alejandro Rocamora** (2000) considera que el desarrollo tecnológico aporta innumerables beneficios, como la prolongación de la vida y la disminución del dolor, pero también supone inconvenientes. Existe el riesgo de que los avances tecnológicos cobren más protagonismo, incluso que el propio trato al paciente, olvidándose de otros aspectos fundamentales como su esfera familiar y personal (3,4).

Este autor compara al enfermo con una máquina corporal averiada y al profesional sanitario con un mecánico, lo que produce un distanciamiento entre ambos (3). Esto daría lugar a un modelo curativo que reduciría lo humano a lo biológico, dejando en un segundo plano la visión holística y humanizada (5). Es decir, junto al desarrollo de la técnica ha ido produciéndose y creciendo un proceso de deshumanización de la asistencia.

Según **Jean Watson** (2007), para evitar la deshumanización del cuidado es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica profesional (5,6).

Un cuidado humanizado debe sustentarse en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica enfermera/o - paciente (5).

En las unidades de hospitalización psiquiátrica, la **relación enfermera/o – paciente** va a definir la calidad del proceso asistencial; por tanto, para que sea eficaz esta relación hay que tener en cuenta una serie de principios básicos como: crear un entorno tranquilo asegurando la intimidad, llamar al paciente por su nombre, explicar las actuaciones que se llevarán a cabo, no mostrar prisa, mantener el contacto visual para lograr que el paciente se sienta escuchado y estar alerta a la comunicación no verbal.

Otro aspecto importante es favorecer la **conciencia de enfermedad** en la persona, es decir, que esta sea consciente de que la mayoría de las dificultades que posee son consecuencia de la enfermedad que padece, y que, si participa y es responsable de su tratamiento, la enfermedad mejorará y se reducirán sus dificultades. Todo ello va a permitir el desarrollo de su autoestima, autonomía e integración social (7).

La humanización en la asistencia sanitaria debería considerarse un reto para conseguir la calidad de atención. Según la **OMS (2016)**, la **calidad de atención** es *"asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"* (5).

Para conseguir la máxima **satisfacción del usuario**, la atención sanitaria debe centrarse en la dignidad, los derechos y las necesidades del paciente. El cuidado no debe basarse únicamente en procesos técnicos, sino que es necesario crear un vínculo entre la persona que pasa por una situación de necesidad y el profesional de salud. Son esenciales la confianza, el respeto (presentarse a la persona por su nombre, omitir calificaciones estereotipadas, etc.), crear un buen ambiente, saber empatizar y que la información que se proporcione sea sencilla y clara. La experiencia muestra que *"el enfermo con desconocimiento sufre mucho más en el hospital o centros sanitarios, que si dispone de una información suficiente y continuada de todo lo que le concierne"*(8).

En el caso de las **personas con trastorno mental**, esos vínculos paciente - profesional son especialmente importantes, pues son personas muy vulnerables cuyo sufrimiento es más intangible al depender de alteraciones del pensamiento, de emociones o de conductas; esto no suele ser comprendido y causa temor, acrecentando aún más su sufrimiento y

estigma (9).

La **hospitalización** suele ser un momento de gran vulnerabilidad para estas personas, ya que confluyen un problema previo de salud mental y un estado de inquietud, ansiedad y temor ante el ingreso. En el ingreso involuntario, el personal asistencial, sobre todo los profesionales de enfermería, deben desplegar toda su capacidad para actuar con el máximo respeto de los derechos de la persona; derechos que suelen ser vulnerados con mayor facilidad cuando confluyen circunstancias de involuntariedad.

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2017), en España, 1 de cada 10 personas mayores de 15 años, refirió haber sido diagnosticada de alguna patología mental (10,8%). Las mujeres padecen trastornos de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, con una tasa del 14,1% frente a 7,2% (10).

En la **actualidad**, la **situación de pandemia** ha provocado un crecimiento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la ausencia de ingresos económicos, el miedo y la inseguridad, están aumentando y agravando los trastornos de salud mental. Otras consecuencias del COVID-19, son las complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares (11,12).

Las personas con trastorno mental, como ya hemos referido anteriormente, son especialmente sensibles y merecen el mejor de los tratos. El objetivo para lograr una adecuada calidad en la atención es **dignificar a la persona con trastorno mental**, mediante una actuación basada en la ética, la profesionalidad y la empatía. No sólo se debe tratar la patología, sino que también es fundamental tener en cuenta las necesidades de la persona en su entorno familiar y social, necesidades para las que un enfoque exclusivamente sanitario, no da una respuesta global al problema (9,13).

En los últimos años, se puede apreciar que se ha producido un **cambio en la ética de las profesiones sanitarias**; de basarse la asistencia en el principio de beneficencia, donde el enfermo se subyugaba a los conocimientos del profesional, se ha pasado a una relación horizontal, apoyada en el principio de autonomía. Esto significa que la opinión del enfermo, respecto a los procesos diagnósticos y terapéuticos que le afecten, ha de ser contemplada; tanto es así, que se necesita la prestación de su consentimiento de forma previa a cualquier actuación sanitaria. Hemos pasado de la búsqueda del beneficio del paciente, a incluir también los valores del mismo, lo que ha posibilitado la aparición de

conceptos importantes como Información, Autonomía y Consentimiento Informado, recogidos en la legislación vigente de nuestro país.

La **Constitución Española de 1978** recoge en el artículo 1, los derechos fundamentales de libertad, justicia e igualdad; en el artículo 10, el derecho a la dignidad de la persona y en el artículo 43, el derecho a la protección de la salud.

Respecto a la legislación sanitaria en España, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, en su Capítulo III, artículo 20, diseña las líneas de transformación de la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador, siendo integrada en la sanidad general. Equipara los derechos de las personas con trastorno mental, con el resto de los usuarios del Sistema Nacional de Salud, y sustituye las instituciones manicomiales por las unidades de hospitalización de los Hospitales Generales (14).

Posteriormente, la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, afrontará cuestiones básicas referentes a la relación clínico-asistencial, potenciando el papel activo de los pacientes. Esta ley, en consonancia con el **Convenio de Oviedo del 4 de abril de 1997 sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina**, recoge los principios que rigen la nueva bioética, como son el derecho a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, las voluntades anticipadas, el derecho a la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones. Esta ley va a suponer un gran avance en las relaciones médico - paciente.

Derechos recogidos en ella, como el derecho a la información, van a aportar al paciente elementos de juicio suficientes para participar de forma activa y responsable en las decisiones que le afecten, lo que le permitirá sentirse parte integrante de su propio proceso; contribuyendo a una mejora del proceso asistencial y de la relación entre pacientes y sanitarios, lo cual va a influir también en la calidad del servicio (15).

2. JUSTIFICACIÓN

El **estigma** que padecen las personas con trastorno mental está ligado a problemas del conocimiento o ignorancia, de actitudes o prejuicios y de comportamiento o discriminación.

El **personal sanitario**, en especial los profesionales de enfermería, por el cuidado continuo y directo que proporcionan a los pacientes en el entorno hospitalario, deben ser los **promotores del proceso de desestigmatización** y promover los cambios que mejoren la situación de las personas con patología mental. Para conseguirlo, son necesarios profesionales sanitarios especializados en Salud Mental y libres de actitudes estigmatizadoras. Estos profesionales deben poseer una serie de actitudes y valores esenciales como la empatía, respeto de las creencias, capacidad de diálogo, reflexión, sensibilidad y apoyo hacia el paciente; respetando, siempre que sea posible, derechos como la información, autonomía, privacidad, etc.

Por tanto, los profesionales de enfermería deben contribuir a modificar la forma de ver los problemas de salud mental, favoreciendo su **normalización**, ya que las personas con patología mental que sufren estigma son más propensas a experimentar exclusión por parte de sus familias, mayor hostilidad por parte de otras personas, de sufrir abusos, recibir peor atención sanitaria y, como consecuencia, morir más jóvenes. A menudo, estos pacientes interiorizan el estigma reduciendo considerablemente sus posibilidades de recuperación; influyendo directamente en los factores que favorecen la autoestima y el empoderamiento.

En la atención sanitaria se deben **evitar actitudes paternalistas y autoritarias**, pues estas fomentarían la estigmatización. Para favorecer su recuperación, es necesario proporcionarles **información, autonomía y capacidad de participación activa y responsable** en todas las decisiones que les afecten, respetando su dignidad humana.

La **dignidad humana** ha de ser el eje de los derechos de la relación profesional- paciente y el vector que impulse toda actividad sanitaria. Esta dignidad implica que las personas con un trastorno mental tienen los mismos derechos fundamentales que el resto, pero, al mismo tiempo, tienen particularidades inherentes a su vulnerabilidad que hacen necesario establecer **medidas que garanticen y promuevan esa dignidad** (16).

La **capacidad de decisión** es la base del consentimiento informado. Este va a permitir a los pacientes adquirir información comprensible y participar en decisiones relativas a su tratamiento, lo que va a minimizar su incertidumbre y sufrimiento, favoreciendo las relaciones con los profesionales de enfermería y, por tanto, una calidad en la asistencia sanitaria basada en la humanización. En el supuesto de personas con patología mental, corresponde al psiquiatra **valorar su competencia** para expresar su voluntad de forma autónoma.

La salud mental ha experimentado un notable cambio a partir de la década de los 50, donde se abandona la institución manicomial en la que el paciente carecía de los derechos más fundamentales, hasta llegar a la actualidad donde se ha producido un cambio en la ética de la profesión sanitaria, basada en el principio de autonomía y el respeto a la opinión del enfermo. Estos derechos de relación, objeto de estudio del presente trabajo, aparecen regulados, entre otras, por la Ley 41/2002, donde se abordan cuestiones básicas referentes a la relación clínico- asistencial, se vela por el cumplimiento de los derechos del paciente y se potencia el papel activo de los mismos en la toma de decisiones.

Con este trabajo se pretende profundizar en estos derechos, incluyendo el respeto al paciente y a sus familiares, la escucha activa por parte de los profesionales, la transmisión de información clara y veraz, el fomento de la autonomía y el buen uso del consentimiento informado. Todo ello va a contribuir al desarrollo de su **autoestima, autonomía, integración social y empoderamiento** (17).

No obstante, aún queda mucho por hacer. Es necesario promover una **conciencia de responsabilidad ética en el comportamiento de los profesionales**, para lo que es clave la formación, el debate permanente y un desarrollo normativo que garantice la aplicación de todos los derechos: apoyos para la toma de decisiones que respeten la autonomía e intereses de las personas, ingresos involuntarios, uso de medidas coercitivas, etc. Las personas con patología mental deben conocer los derechos que les asisten y a que instancias recurrir cuando estos sean vulnerados; siendo los profesionales sanitarios los responsables de velar por la aplicación de todos ellos con la máxima garantía (18).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Identificar las intervenciones de enfermería que garantizan los cuidados humanizados vinculados a los derechos de relación (Información, Autonomía y Consentimiento Informado) en las Unidades de Salud Mental y su influencia en el proceso de hospitalización.

3.2. Objetivos específicos

- Reflexionar sobre los cuidados humanizados, en base a los derechos de relación, en las unidades de hospitalización de psiquiatría.
- Describir el rol específico que desempeña Enfermería en las unidades de Salud Mental, dentro del equipo multidisciplinar durante el proceso asistencial.
- Analizar la legislación que garantiza los derechos de relación: Información, Autonomía y Consentimiento Informado.
- Analizar cómo la protección de los derechos del paciente, reduce el estigma y favorece la recuperación de las personas con trastorno mental.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

La metodología utilizada para llevar a cabo los objetivos puestos de manifiesto anteriormente, ha sido una **revisión bibliográfica** sobre la humanización de los cuidados enfermeros en unidades de hospitalización de Salud Mental, en base a los derechos de relación (Información, Autonomía y Consentimiento Informado).

La revisión bibliográfica es definida como *"la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico"*. Por tanto, podemos decir que es una actividad retrospectiva.

Existe una clasificación tradicional de los tipos de revisión bibliográfica, descrita por Squires, que las divide en 4 tipos: descriptiva o narrativa, exhaustiva, evaluativa y casos clínicos combinados con revisión bibliográfica. Por lo tanto, la revisión bibliográfica utilizada en este trabajo será de tipo **descriptiva o narrativa**, es decir, una sinopsis que resume diferentes investigaciones y artículos sobre conceptos útiles de áreas que están en constante evolución (19).

Para la determinación de la **pregunta de investigación** *"¿Los cuidados humanizados que prestan los profesionales de enfermería a los pacientes de las unidades de Salud Mental, en relación al derecho a información, autonomía y consentimiento informado, mejoran la satisfacción del paciente y disminuyen el tiempo de hospitalización?"*, se ha aplicado la metodología PICO (Paciente/Problema, Intervención, Comparador y Outcome/resultado). De tal manera que, con este método podemos ver si la pregunta tiene la relevancia pertinente.

Pregunta de investigación (PICO)

- **P:** Pacientes de Salud Mental
- **I:** Prestar cuidados humanizados que garanticen el derecho a la información, autonomía y consentimiento informado.
- **C:** No procede.
- **O:** Mejorar la satisfacción del paciente y disminuir el tiempo de hospitalización.

4.2. Período de estudio

La revisión bibliográfica ha sido realizada desde noviembre de 2020 hasta abril de 2021.

4.3. Fuentes bibliográficas, términos de búsqueda o descriptores y operadores lógicos o booleanos.

Una vez formulada la pregunta de investigación, la etapa siguiente fue el inicio de la búsqueda de artículos, libros y publicaciones científicas relacionadas con el tema de estudio. Se distinguieron:

Libros científicos:

- “Ética para enfermería, un programa de formación” (20).
- “Aspectos éticos en la práctica de la enfermería: autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos” (21).
- “Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Psiquiatras” (22).
- “Ética en la práctica clínica” (23).

Publicaciones de instituciones oficiales relacionadas con la Salud Mental: Sociedad de Psiquiatría de Madrid, Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Bases de datos de Ciencias de la Salud: Medline, Scielo, Dialnet y Lilacs.

Para la búsqueda bibliográfica en bases de datos, se seleccionaron palabras clave o descriptores y se tradujeron al vocabulario validado mediante las plataformas DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). De esta manera, los descriptores empleados fueron: *humanization* (humanización), *mental health* (salud mental), *nursing* (enfermería), *psychiatry* (psiquiatría), *psychiatric nursing* (enfermería psiquiátrica), *nursing care* (cuidados de enfermería), *patients* (pacientes), *human rights* (derechos humanos), *informed consent* (consentimiento informado) y *autonomy* (autonomía). Los descriptores fueron combinados con operadores lógicos o booleanos (*AND*, *OR*, *AND NOT*) para la realización de la búsqueda en las bases de datos ya mencionadas, realizando más de una búsqueda en cada base, pues los artículos

obtenidos eran escasos. Finalmente, se obtuvieron un total de 291 artículos.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Para realizar el filtrado documental y la selección de publicaciones, se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión (**tabla 1**):

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Preferencia por publicaciones de los últimos 5 años.	Publicaciones anteriores a 2015, a excepción de cuatro libros y un artículo, por considerarlos de gran importancia respecto al tema a tratar.
Idioma: español, inglés, francés y portugués.	Artículos que no trataban de Salud Mental.
Adultos: mayores de 19 años.	Niños: menores de 19 años.
Texto completo de descarga gratuita.	Texto de pago.

Fuente: Elaboración propia.

Por último, se seleccionaron **16 artículos** en las bases de datos citas anteriormente, que, junto con los libros científicos y las publicaciones de instituciones oficiales relacionadas con la psiquiatría, suman un total de **23 recursos** para la realización de la revisión bibliográfica narrativa.

5. RESULTADOS

En la siguiente **tabla 2** se describen los artículos y libros utilizados para la revisión.

Tabla 2: Descripción de recursos empleados en la revisión bibliográfica.

Título	Autor	Fuente	Diseño	Año	País
Capacidad y consentimiento: Conocimiento y práctica de estándares legales y sanitarios.	Lamont S, Stewart C, Chiarella M.	Medline	Estudio descriptivo exploratorio transversal	2017	Australia
Humanización en Cuidados Intensivos: percepción de la familia y de los profesionales sanitarios.	Feron Luiz F, Aquino Caregnato R, Rosa da Costa M.	Medline	Estudio descriptivo exploratorio cualitativo	2017	Brasil
El desarrollo y validación de la escala de humanización del profesional sanitario (HUMAS) para enfermería.	Pérez Fuentes M, Herera Peco I, Molero Jurado M, Oropesa Ruiz N, Ayuso Murillo D, Gázquez Linares J.	Medline	Estudio analítico observacional transversal	2019	España
Sensibilidad moral, empatía y comportamiento prosocial: implicaciones para la humanización del cuidado de enfermería.	Suazo I, Pérez Fuentes M, Molero Jurado M, Martos Martínez A, Simón Márquez M, Barragán Martín A, et al.	Medline	Estudio descriptivo transversal	2020	España
Las habilidades relacionales de los estudiantes de enfermería con los ancianos mejoran a través de la metodología del cuidado de la humanidad.	Pereira Melo R, Pina Queirós P, Hiromi Tanaka L, Lúcio Henriques L, Leiria Neves H.	Medline	Estudio descriptivo exploratorio con diseño cuasiexperimental	2020	Brasil
Exploración de los factores relacionados con la autoeficacia entre enfermeras psiquiátricas.	Yada H, Abe H, Odachi R, Adachi K.	Medline	Estudio analítico transversal	2020	Japón
Admisión breve (BA) para pacientes con inestabilidad emocional y autolesiones: perspectivas de las enfermeras: atención centrada en la persona en la práctica clínica.	Eckerström J, Allenius E, Helleman M, Flyckt L, Perseius K, Omerov P.	Medline	Estudio analítico de contenido cualitativo	2019	Suecia
La salud mental de la enfermería en el afrontamiento del COVID-19 en un hospital universitario regional.	Bassani Dal'Bosco E, Messias Floriano L, Vienscoski Skupien S, Arcaro G, Rodrigues Martins A, Correa Anselmo A.	Medline	Estudio analítico observacional transversal	2020	Brasil

Un análisis retrospectivo de los determinantes del tratamiento hospitalario psiquiátrico involuntario.	Schmitz-Buhl M, Gairing S, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E.	Medline	Estudio analítico observacional retrospectivo	2019	Alemania
La atención de enfermería y el ejercicio de los derechos humanos: un análisis basado en la realidad en Portugal.	Fernandes Moll M, Cruz Mendes A, Arena Ventura C, Costa Mendes I.	Lilacs	Estudio analítico observacional	2016	Brasil
El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental.	Zaragoza Martí M, Julià Sanchis R, García Sanjuán S.	Scielo	Revisión bibliográfica	2020	España
Dignidad y autonomía de los pacientes con trastornos mentales.	Mendonça S.	Scielo	Revisión bibliográfica	2019	Portugal
Estrategia de bioética en el plan integral de salud mental de Andalucía.	Pino López R.	Scielo	Revisión sistemática	2015	España
Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico.	León Correa F.	Dialnet	Revisión bibliográfica	2010	Chile
Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave?	Azón Belarre S, Azón Belarre J, Berges Usán P, Pellicer García B, Abadía Labena S, Murillo García E.	Dialnet	Revisión bibliográfica	2017	España
Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS.	Pérez Fuentes M, Molero Jurado M, Herrera Peco I, Gázquez Linares J.	Dialnet	Revisión bibliográfica	2019	España
Ética para enfermería, un programa de formación.	Valls Molins R.	Libro	Libro	1996	España
Aspectos éticos en la práctica de la enfermería: autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos.	Leino-Kilpi H, Gasull M, Lemonidou C, Schopp A, Cabrera E, Zipter U, et al.	Libro	Libro	2003	España
Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Psiquiatras.	De Lorenzo y Montero R.	Libro	Libro	2003	España
Ética en la práctica clínica.	Gracia D, Júdez J, Altisent R, Barbero J, Borrell F, Carballo F, et al.	Libro	Libro	2004	España

Fuente: Elaboración propia.

5.1. Cuidados humanizados y rol específico de los profesionales de enfermería en las unidades de Salud Mental.

Humanizar implica considerar a la persona en su globalidad holística, es decir, en su perspectiva biológica, psicológica y social. Una práctica asistencial humanizada es la que considera al paciente y su familia como seres humanos con sentimientos y opiniones, no como objetos de trabajo de los profesionales de la salud (24).

El **cuidado humanizado** no busca exclusivamente el beneficio del paciente, pues debe ser respetuoso y responsable en lo que se refiere a preferencias, necesidades, valores y principios de la persona y su familia. En este proceso es clave la implicación de los profesionales sanitarios, quienes deben proporcionar todas las herramientas de las que dispongan para mejorar la salud física, mental y emocional de los pacientes.

Debemos evitar la deshumanización o despersonalización en el ámbito del cuidado. Esta puede estar asociada al estrés, agotamiento emocional, “burnout”, automatización de la atención u otros factores asociados al ámbito laboral (25).

Una **relación enfermera-paciente** debe estar caracterizada por aspectos como: atención personalizada o individualizada, trato de calidad, buena comunicación, aporte de información clara, seguridad y confianza, atención biopsicosocial, respeto de derechos, valores y creencias y atención de necesidades y expectativas. La persona ha de participar activamente en el cuidado de su propia salud junto con los profesionales sanitarios (26,27).

Algunas de las **competencias y actitudes** que deben desarrollar los **profesionales de enfermería** para llevar a cabo un cuidado humanizado basado en la dignidad y el respeto del ser humano son: *afecto, autoeficacia, comprensión emocional, disposición optimista y sociabilidad*. Estas cinco competencias vienen recogidas en la Escala de Humanización del Profesional Sanitario o Escala HUMAS, en la **tabla 3**.

Tabla 3: Competencias Escala HUMAS.

CONCEPTO	SIGNIFICADO
Afecto	<ul style="list-style-type: none"> - Empatizar emocionalmente con otra persona (sin confundir los propios sentimientos con los de los demás).
Autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconfianza. - “Tengo todo lo que necesito para afrontar con éxito cualquier situación”.
Comprensión emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Ser emocionalmente inteligente: capaz de experimentar, comprender y gestionar eficazmente las emociones.
Disposición optimista	<ul style="list-style-type: none"> - Pilar del pensamiento positivo. - Tendencia de un individuo a creer en los mejores resultados posibles ante la incertidumbre.
Sociabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - La interacción social en las profesiones sanitarias se intensifica inevitablemente. - La atención clínica se debe sustentar en la empatía.

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de (27).

La humanización del cuidado debe estar centrada en la persona, ya que el objetivo de nuestra profesión es el ser humano que sufre. Este sufrimiento se ve acrecentado en las personas con **trastorno mental**, pues el estigma que conlleva la enfermedad, sustentado en prejuicios, es causa de discriminación social. También pueden contribuir a esta estigmatización los propios profesionales sanitarios, lo que hace necesaria una formación específica del personal, especialmente de enfermería. La OMS advierte que muchas de las violaciones de los derechos de las personas que padecen un trastorno mental, pueden producirse en el ámbito de los propios servicios sanitarios, por lo que la atención sanitaria prestada puede dificultar la recuperación de la persona (18).

Existen creencias arraigadas en nuestro entorno social y cultural que dan lugar al estereotipo de que las personas con un trastorno psiquiátrico son peligrosas y sus enfermedades incurables. Este estigma que padecen contribuye a disminuir su autoestima, dificultar su petición de ayuda y favorecer su aislamiento, e indirectamente supone una barrera de acceso a servicios básicos como empleo, vivienda, servicios sanitarios y sociales. La evidencia demuestra que las personas que padecen una patología mental tienen: peor salud, mayor comorbilidad, tasa de infecciones, enfermedades cardíacas y respiratorias y mayor mortalidad, en comparación al resto de la población (18).

Únicamente **respetando los derechos humanos** es posible luchar contra el estigma que experimentan. El **empoderamiento**, entendido como sinónimo de promoción de la autonomía, es esencial de cara a su recuperación, pues va a ayudar en su autodeterminación, autoestima y autonomía personal (18).

El **cuidado relacional**, según la Metodología del Cuidado de la Humanidad (HCM), desarrollada por Yves Gineste y Rosette Marescotti en 1979, sigue una Secuencia Estructurada de Procedimientos de Cuidado de la Humanidad (SSHCP), cuyo propósito es crear una **relación positiva**, generadora de sensación de bienestar (28). Esta secuencia defiende que las bases de la relación enfermera-paciente para la prestación de cuidados son la mirada, el habla y el tacto; y consta de cinco etapas dinámicas y consecutivas, expuestas en la **tabla 4**.

Tabla 4: Etapas dinámicas y consecutivas de la Secuencia Estructurada de Procedimientos de Cuidado de la Humanidad (SSHCP).

ETAPA	OBJETIVO
<u>Etapa 1</u> Pre-preliminares	Preparar al ambiente y al paciente, respetando la privacidad, libertad y autonomía.
<u>Etapa 2</u> Preliminares	Primer contacto e inicio de una relación positiva con el paciente a través de la mirada, el habla y el tacto.
<u>Etapa 3</u> Círculo sensorial o provisión de cuidados	Organización coherente de entradas sensoriales (vista, oído, tacto y olfato), que conducen al bienestar.
<u>Etapa 4</u> Consolidación emocional	Creación de una impresión positiva en la memoria emocional. Se produce una retroalimentación positiva en el paciente en relación a sus esfuerzos y avances en el autocuidado.
<u>Etapa 5</u> Cita	Abarca la despedida y la programación de la siguiente cita, evitando sentimientos de abandono y descuido.

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de (28).

La **confianza** ha de ser la base de la relación terapéutica enfermera-paciente y para conseguirla, se contempla que las enfermeras estén disponibles, sean accesibles, escuchen, comprendan, creen un ambiente emocional y físicamente seguro, respeten la confidencialidad, traten a la persona como a un adulto capaz y actúen con calma (29,30).

La **dignidad** debe ser el motor que impulse la actividad sanitaria. Todos merecemos ser tratados con igualdad y respeto. La dignidad supone la materialización de la autonomía de la persona. En el caso de los enfermos mentales, no basta con reconocer su dignidad, sino que hay que adoptar medidas que la garanticen y promuevan (17).

5.2. Protección de los derechos de relación de las personas con trastorno mental.

Capacidad y competencia.

Los profesionales que ejercen su actividad en el área de Salud Mental deben tratar a sus pacientes con aún más cuidado, teniendo en cuenta los valores éticos y realizando el tratamiento más adecuado, sin descuidar su dignidad (16).

Aunque la enfermedad mental sea grave, la persona que la padece sigue siendo un sujeto consciente, libre, con potencialidad y responsabilidad, dentro de los límites de su competencia. Corresponderá al profesional de la salud responsable de su cuidado, la evaluación de las condiciones ligadas a su autodeterminación, con el fin de establecer si es capaz o no de ejercer el poder de decisión (17).

Históricamente, se ha identificado la enfermedad mental con capacidad limitada, pero enfermedad mental e incapacidad no son sinónimos. **Toda persona es capaz mientras no se demuestre lo contrario**, y ninguna persona es plenamente incapaz o capaz para todos los actos de su vida. La capacidad no se entiende como un absoluto, su evaluación debe referirse a situaciones concretas en el ámbito clínico. Hay que modificar la visión tradicional y paternalista de discapacidad.

El **empoderamiento** entendido como sinónimo de promoción de autonomía, constituirá un elemento esencial para mejorar la situación física y mental del paciente, favoreciendo el proceso terapéutico y su recuperación. Esto implica apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, y, contar con la participación del sujeto afectado, es decir, respetar su capacidad de decisión, de autonomía (18).

El marco ético de comportamiento que ha sustentado la relación médico-paciente ha sido el del **paternalismo**, basado en proporcionar bienintencionadamente el mayor bien posible al paciente como profesional cualificado que es. En este principio moral se basaba la ética de los médicos hipocráticos (23,31). Según estos, *“el médico debe estar muy pendiente de sí mismo sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias”*. La ética griega, consideraba que la obligación del médico era restablecer en el enfermo el orden perdido y la salud, y la del paciente, colaborar con el médico en ello. Cualquier cosa que pudiera dificultar esa tarea, como la excesiva información, debería ser evitada y sólo sería justificable excepcionalmente cuando la solicitud del consentimiento para alguna actividad terapéutica fuera imprescindible para alcanzar la efectividad del proceso y la colaboración del paciente.

A lo largo de la modernidad, esta concepción paternalista fue minimizándose y se avanzó hacia una concepción democrática, en la que dichas relaciones estaban presididas por la idea del consentimiento libre e informado de los pacientes. El principio ético en el que se basaban estas ideas nuevas era el de **autonomía**, que afirmaba la potestad de los individuos para decidir libremente sobre todos los aspectos de su vida (23).

En 1914, en la sentencia del caso *Schleondorf vs. Society of New York Hospitals*, el tribunal consideró delito retirar un tumor sin el consentimiento del paciente. El juez Cardoso incluyó su famosa frase: *“Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo, y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños”* (23).

Posteriormente, en el caso *Berkey*, el tribunal estableció, por insuficiencia de información, que: *“es deber del médico explicar la técnica prevista y sus posibles consecuencias, así como la obtención del consentimiento informado del paciente”*(20).

En la actualidad, la norma jurídica de mayor rango que establece la **obligatoriedad del consentimiento informado** es el **Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina**, denominado abreviadamente **Convenio de Oviedo**, aprobado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 28 de septiembre de 1996 y en vigor

en nuestro país desde el 1 de enero de 2000. Se trata del primer instrumento internacional con carácter jurídico-vinculante para los países que lo suscriben y establece un marco común para la **protección de los derechos y dignidad humanos en la aplicación de la biología y la medicina** (23).

5.3. Análisis de la legislación vigente que garantiza los derechos de relación. Derecho a la Información, la Autonomía y el Consentimiento Informado.

En nuestro país, a partir del Convenio de Oviedo, se aprobó la **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Algunos de los principios básicos recogidos en la presente ley son:

- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo **consentimiento** de los pacientes o usuarios. El consentimiento debe obtenerse después de que el paciente reciba una **información adecuada** y se hará por escrito en los supuestos previstos por la ley.
- El paciente o usuario tiene **derecho a decidir libremente**, derecho a la autonomía, después de recibir la información adecuada, entre opciones clínicas disponibles.
- **Todo profesional que interviene en la actividad asistencial** está obligado a la correcta prestación de sus técnicas, al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas por el paciente.

Estos principios son la **base de los derechos de relación**, objeto de estudio en el presente trabajo (22,32).

5.3.1. Derecho a la Información Sanitaria

Regulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su capítulo II.

El **derecho a la información del paciente** sobre aspectos de su estado de salud, recogido por esta ley, tiene como objetivo aportar elementos de juicio suficientes para que este

pueda participar de forma activa y responsable en todas las decisiones que le afecten. La persona debe sentirse parte integrante de su propio proceso, pues la experiencia muestra que el paciente con desconocimiento sufre mucho más en un centro sanitario que si dispone de información suficiente y continuada de su proceso salud-enfermedad.

La **información clínica** será de **dos clases**: el deber de información como presupuesto del consentimiento informado, proceso de interacción entre sanitario y usuario destinado a tomar decisiones clínicas; y como presupuesto para el tratamiento óptimo (22,32).

En el cap. I, art. 2.3 de la presente ley, se establece que *“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”* (22,32).

La Ley 41/2002, basándose en las recomendaciones contenidas en el Informe del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica, considera que debe **informarse de lo siguiente**: naturaleza, objetivos, beneficios, riesgos, molestias y efectos secundarios posibles de la intervención; alternativas posibles a la intervención propuesta, explicación del motivo que lleva al profesional sanitario a elegir una y no otras, y posibilidad de retirar el consentimiento cuando lo desee.

Para determinar **cuánta información hay que dar**, el Informe del Grupo de Expertos alude a los siguientes criterios: consecuencias seguras, riesgos típicos, riesgos personalizados derivados de las condiciones peculiares de la patología o estado físico del sujeto; contraindicaciones y disponibilidad de ampliar toda la información si el sujeto lo desea (22,32).

Dicha ley, establece en el cap. II, art. 4.1 que la información se transmitirá, como regla general, **de forma verbal**, debiendo dejar constancia de la misma en la historia clínica. Y en el art. 4.2, que *“la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”* (22,32).

También en el art. 4.1, la ley reconoce que *“Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada”*.

En el cap. IV, art. 9.1, se recogen otras **limitaciones del** derecho a la información, el **derecho a no saber**: *“La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso”* (22,32). *Ejemplo*: evitar la transmisión de una enfermedad a sus familiares o allegados, a terceros o la sociedad en general.

La **responsabilidad de informar**, descrita en cap. II, art. 4.3, corresponde al médico responsable de la persona y a otros profesionales sanitarios, *“los profesionales que le atiendan durante el proceso”*, como los profesionales de enfermería en sus funciones propias (22,32).

En lo que se refiere al **titular de la información asistencial**, esta ley establece en cap. II, art. 5.1: *“El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”*. Esta ley reconoce que el titular del derecho a la información asistencial es el **propio paciente**, sin perjuicio de la información que corresponda a los familiares o personas vinculadas al mismo *“en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”* (22,32).

*“El paciente será informado, **incluso en caso de incapacidad**, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”* (22,32), cap. II, art. 5.2.

“Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho” (22,32). En este caso la ley, en cap. II, art. 5.3, establece que la información se ponga también en conocimiento de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o, de hecho, pero no determina cómo actuar en el supuesto de que existan **discrepancias** en la actuación a seguir tras la información, entre el paciente y sus familiares o personas de hecho vinculadas a él. En este caso, será recomendable **recurrir al juez**.

*“El derecho a la información sanitaria de los pacientes **puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica**. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al*

paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el medico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho” (22,32), cap. II, art. 5.4. En estos casos es recomendable el **asesoramiento del Comité de Ética Asistencial**.

En el proceso de información es muy importante que los profesionales conozcan el tipo de **información** que **necesita** el paciente y el que **corresponde** ofrecerle como profesionales de enfermería. Es necesario empatizar con la necesidad de información que puede tener la persona, respetar sus creencias a la hora de proporcionarle dicha información, informarle de forma sistemática y clara, y asegurar que comprende lo explicado. Es fundamental reflexionar antes de proporcionarle cualquier información y mostrar sensibilidad a la hora de darle una mala noticia.

La **información sanitaria** se tiene que dirigir a cada paciente de forma **objetiva e individualizada**, teniendo en cuenta sus características personales y circunstanciales. Este aspecto adquiere más relevancia en las personas con un trastorno mental, debido a la importancia del establecimiento de confianza en la relación enfermero/a-paciente.

La información a los pacientes debe sustentarse en **tres principios básicos: respeto, beneficencia y autonomía**. El respeto, como fruto del reconocimiento de los derechos de las personas. Y en caso de que el paciente no esté en condiciones de elegir, el principio de beneficencia o beneficio, primaría sobre el de autonomía o capacidad de decisión (20).

5.3.2. Derecho a la Autonomía del paciente. Consentimiento Informado.

La **autonomía** es el principio que fundamenta, tanto el deber de información como el consentimiento informado, y es la base de un modelo de atención en salud participativa. La persona con problemas de salud mental debe formar parte de las decisiones que se tomen con respecto a su salud y asistencia.

En bioética, se identifica la autonomía con la **capacidad de tomar decisiones voluntarias y de gestionar la propia atención en salud**; por lo tanto, es una expresión de la dignidad humana (33).

La Ley 41/2002, cap. IV, art. 8.1, establece que “*toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso*” (22,32). El consentimiento informado es la **principal manifestación del respeto a la autonomía del paciente**. No puede llevarse a cabo ninguna actuación en el ámbito de la salud si el paciente no ha prestado su consentimiento.

El consentimiento va a permitir devolver a la relación profesional sanitario-paciente el significado de relación de confianza, frente a la deshumanización de la asistencia.

Al informar el profesional para obtener el consentimiento del paciente, no solo cumple una obligación moral y se protege contra una demanda, sino que también está contribuyendo a elevar la calidad de la asistencia. Todo ello conforma el principio de autonomía y, por ende, el respeto a la intimidad y dignidad humana del paciente.

La nueva relación sanitaria que implica el consentimiento informado, debe tener en cuenta una serie de **elementos de aplicación práctica** (23). Dichos elementos normativos se exponen en la **tabla 5**.

Tabla 5: Elementos normativos del Consentimiento Informado.

ELEMENTOS	SIGNIFICADO
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> – Continuo, dialógico, comunicativo, deliberativo y prudencial. – En ocasiones requiere apoyo escrito y registro.
Voluntariedad	<ul style="list-style-type: none"> – Libre, no coaccionado ni manipulado.
Información suficiente	<ul style="list-style-type: none"> – Naturaleza, objetivos, beneficios, riesgos, contraindicaciones, efectos secundarios y alternativas existentes del procedimiento.
Información comprensible	<ul style="list-style-type: none"> – Adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente.
Capacidad	<ul style="list-style-type: none"> – Comprender y evaluar la información; y comunicar su decisión. – Paciente incapaz.
Toma de decisión	<ul style="list-style-type: none"> – Aceptación o rechazo.

Fuente: Elaboración propia. Información extraída de (23).

Existe un miedo entre los profesionales a que la información proporcionada al paciente en el proceso del consentimiento genere ansiedad, aunque los estudios realizados al respecto muestran que ocurre justo lo contrario. Cuando los pacientes reciben una

información adecuada, la ansiedad no aumenta, sino que disminuye (23).

Una prolongación del consentimiento informado es el **Documento de Voluntades Anticipadas** (31), también llamado Testamento Vital o Instrucciones Previas, por el que la persona puede determinar los aspectos legales, técnicos y médico-sanitarios a aplicar **en momentos en los que no pueda decidir por sí mismo**. Este documento permite respetar la voluntad del sujeto, quien ha elegido, según sus principios y creencias vitales, los tratamientos y las acciones futuras a realizar para cuando él se vea impedido para ello.

Las personas con trastorno mental, en relación con el derecho a la autonomía, son sujetos libres, con potencialidad y responsabilidad para decidir sobre su salud, salvo que tengan disminuidas sus competencias. Cada paciente tiene una serie de particularidades y el médico responsable de él, deberá evaluar las condiciones de autonomía y de competencia para ejercer su poder de decisión. Siempre que la persona tenga suficiente competencia, tiene derecho al respeto de su autonomía. La competencia de toma de decisiones es el principio central del consentimiento (16,21,33,34).

En este contexto, es importante la forma con la que el profesional trata a la persona con trastorno mental, pues si se genera un vínculo de confianza, va a favorecer la apertura del paciente a la información que el profesional le transmite (16).

Lo que produce mayor preocupación en el ámbito jurídico, es determinar la **capacidad legal** de la persona para que pueda ejercer sus derechos o ser subrogados por otros (33,34).

La **competencia** es la base para poder llevar a cabo una decisión autónoma y la capacidad de ser consciente de la propia situación. El deber ético del médico es promover la competencia del paciente, no solamente curar o sanar.

Cobra gran importancia la **educación para la salud en la competencia del paciente**, pues la pobreza material e intelectual anulan la competencia de las personas y aumentan su vulnerabilidad en salud física y mental (33).

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los elementos claves del consentimiento informado es la capacidad de obrar o de hecho, también llamada competencia, de la persona para tomar decisiones sobre su salud. La capacidad legal viene determinada en el ordenamiento jurídico; el artículo 199 del Código Civil establece que la decisión de **incapacidad** es potestad y responsabilidad exclusiva de los **jueces**.

Por otro lado, la Ley 41/2002, cap. II, art. 5.3 y cap. IV, art. 9.3a, establece la potestad y el deber de los médicos de evaluar la **capacidad de hecho**, denominada **competencia en el lenguaje de la bioética**, de los pacientes para tomar decisiones sanitarias(22,32).

La **incapacidad legal no exime al profesional de realizar un proceso de consentimiento informado**. La persona incapaz debe ser informada y debe participar en la toma de decisiones en la medida de lo posible, aunque dicha responsabilidad recaiga en los representantes legales o las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, cap. IV, art. 9.3a (23).

Es conveniente que todo el **equipo multidisciplinar se implique** en este proceso, siendo fundamental la participación de la enfermería. Esto se debe a que las enfermeras son las profesionales más cercanas a los pacientes y quienes mejor pueden detectar síntomas de competencia e incompetencia.

La definición de consentimiento informado plantea una serie de requisitos que no siempre pueden cumplirse en los pacientes psiquiátricos. Un ejemplo de ello es la **voluntariedad**, dado que la especial relación existente entre paciente y psiquiatra puede dar lugar a una persuasión, coacción o manipulación indebidas. Cuando la persona sufre un trastorno mental severo, las medidas restrictivas se imponen sobre todo si hay un riesgo grave e inminente para su integridad física y psíquica.

En lo que se refiere al derecho a la información, tanto desde la perspectiva positiva o derecho a ser informado, como negativa o derecho a no saber, la **renuncia del paciente psiquiátrico** a conocer la información relativa a su salud no impide la validez del consentimiento. *Ejemplo:* se puede consentir a un tratamiento con psicotrópicos a pesar de no desear conocer los efectos secundarios del psicofármaco (22,32).

En innumerables ocasiones, las enfermeras se ven obligadas a utilizar medidas coercitivas, prescritas por el médico, que limitan la autonomía del paciente y plantean diversos dilemas éticos (30). Existe un amplio consenso médico de que el uso de medidas coercitivas, incluido el **tratamiento involuntario**, debe ser lo más restringido posible (35).

Según un estudio de la Universidad de Ciencias de la Salud de Zaragoza (36), los tratamientos psiquiátricos involuntarios están directamente relacionados con el grado de desarrollo e instauración de recursos comunitarios de salud mental. Si se dispusiese de

programas y personal cualificado y suficiente para llevar a cabo programas de **continuidad de cuidados**, los tratamientos involuntarios se podrían evitar o reducir.

Aunque en nuestro país se sigue dando más importancia al **tratamiento en fase aguda** que a la atención continuada, se ha demostrado que esta última tiene un efecto positivo sobre el aumento de la autonomía y de la calidad de vida de las personas con trastorno mental. Dentro de esta atención continuada existen varios programas de rehabilitación psicosocial, como por ejemplo el Programa INICIA. Este está dirigido a la reinserción laboral, produciendo resultados positivos en el funcionamiento social, la autonomía personal y la autoestima; lo que va a repercutir sobre la calidad de vida de estos pacientes, entendida en un sentido activo y socialmente participativo (36).

En nuestra Comunidad Autónoma, Castilla y León, las enfermeras de los Equipos de Salud Mental desarrollan el Programa de Gestión de Casos, el cual considera que este grupo, al ser vulnerable, dependiente y gran consumidor de recursos sanitarios, necesita una gestión integral del caso en su conjunto. Por lo tanto, el objetivo de este programa es que la persona reduzca las recaídas y los ingresos hospitalarios, mediante el fomento de su autonomía, la mejora de su estabilidad clínica e integración comunitaria; todo ello gracias a intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras coordinadas (37).

Existen dos supuestos en los que los profesionales pueden efectuar intervenciones clínicas **sin contar con el consentimiento** del paciente, como son los casos de riesgo para la salud pública y urgencia vital. *Ejemplos:* en el caso de la salud pública, sería el aislamiento obligatorio del paciente que sufre una enfermedad infecciosa grave no relacionada con la psiquiatría (SARS-CoV2); y en el de la urgencia vital, cuando existe un riesgo grave e inmediato para la integridad física o psíquica de este y no sea posible conseguir su autorización (casos de internamiento psiquiátrico).

En el supuesto de **ingreso psiquiátrico involuntario**, el **artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil**, establece: *“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial”*. Por lo tanto, será el juez el que autorice el internamiento y garantice la tutela de los derechos fundamentales a la libertad y seguridad de los pacientes psiquiátricos, aunque el ingreso se realizará por indicación del profesional médico. El órgano judicial

garantizará que el ingreso involuntario esté justificado y lo autorizará (38).

“La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de este al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal”. Por lo tanto, los ingresos urgentes involuntarios que se producen por razones de urgencia médica pueden realizarse sin previa autorización judicial, pero habrá que **informar al juez dentro de un plazo de veinticuatro horas y este deberá responder en las siguientes setenta y dos horas si ratifica** el ingreso (22,32,35,38).

El principal problema que surge en el paciente psiquiátrico es cuando este no es capaz de tomar decisiones sanitarias por sí mismo, es decir, cuando no puede ejercer su derecho a la autonomía, planteándose la cuestión ¿quién decide por él? Nos encontramos ante el **consentimiento por representación**, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, cap. IV, art. 9.3, que establece su otorgamiento en los siguientes supuestos: *“Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o, de hecho”, “Cuando el paciente este incapacitado legalmente” y “Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”* (22,32).

Cuando la falta de capacidad de obrar impide a la persona realizar eficazmente actos jurídicos con plena validez, se establecen en el ordenamiento jurídico sistemas que complementan esa capacidad limitada, mediante el nombramiento de un **representante legal**. Este representante actúa en sustitución del incapacitado y realiza en su nombre e interés los actos que sean necesarios. *Ejemplo:* personas que padecen un trastorno mental transitorio o personas de edad avanzada con capacidad de comprensión disminuida.

En psiquiatría la **incapacidad** de las personas mayores de edad para prestar por si mismos el consentimiento para la intervención suele ser **cambiante**. Como consecuencia de su trastorno mental, en un momento determinado pueden precisar internamiento y carecer de capacidad de obrar, mientras que, tras el internamiento y el tratamiento, pueden recuperar toda o parte de la capacidad de hecho o competencia. El psiquiatra que atiende al paciente es el responsable de determinar si este reúne la capacidad de hecho precisa para aceptar su decisión o debe pedir el consentimiento a sus representantes legales.

6. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

6.1. Limitaciones

- Una de las limitaciones encontradas a la hora de realizar esta revisión bibliográfica narrativa ha sido la **escasa bibliografía existente** sobre Humanización en Salud Mental. Esta bibliografía es aún más escasa cuando se refiere a los profesionales de enfermería y a sus intervenciones en el cuidado.

6.2. Futuras líneas de investigación

- Una persona puede estar satisfecha, aunque la atención recibida desde el punto de vista científico no haya sido demasiado adecuada; o puede ocurrir que esta no esté satisfecha, aunque haya recibido cuidados científicamente correctos. Esto se debe al trato personal recibido, a si los profesionales sanitarios han conseguido establecer una comunicación efectiva con el paciente. Una relación terapéutica eficaz, sin calidez humana y consideración hacia la persona, no facilita la recuperación de la misma. Por lo tanto, las dimensiones técnico-asistencial e interpersonal, no están contrapuestas, si no que ambas han de estar presentes en el cuidado de enfermería y complementarse para lograr una adecuada calidad asistencial, **¿cómo mediar la dimensión técnico-asistencial del cuidado con la dimensión interpersonal?**
- Los costes derivados de los trastornos mentales son enormes. A los derivados de los servicios sanitarios, se suman los costes por desempleo y los derivados del impacto en las familias. Estos hacen necesario el desarrollo de **programas de prevención de patologías mentales**, orientados a la reducción de los factores de riesgo y la promoción de los de protección. Algunos de estos programas podrían estar orientados a: su detección precoz, favorecer la conciencia de enfermedad, etc.
- En el **ámbito educativo**, se hace necesario investigar respecto a factores de riesgo asociados a los trastornos mentales como el entorno social problemático o empobrecido, educación familiar inadecuada, etc. Es necesario desarrollar **intervenciones desde la infancia** para prevenir la aparición de trastornos mentales o favorecer su detección precoz. Estas intervenciones podrían orientarse a la creación de entornos saludables, desarrollo de habilidades personales y aprendizaje de

estrategias para la resolución de conflictos, etc.

- En las personas con patología mental es fundamental evitar la hospitalización en la medida de lo posible, ya que es recomendable mantener al paciente en su entorno habitual. Para evitar la hospitalización psiquiátrica de pacientes agudos sería necesario **desarrollar estrategias, programas y equipos de profesionales** que traten a dichos **pacientes de forma integrada y coordinada en la comunidad**.
- Es necesario desarrollar **Guías de Práctica Clínica** que incluyan recomendaciones para los profesionales de enfermería, con el objetivo de facilitar la toma de decisiones respecto a la existencia o inexistencia de competencia de la persona para decidir en las fases agudas de la enfermedad mental.

7. CONCLUSIONES

- Los **profesionales de enfermería** tienen un **papel clave** en el **desarrollo del cuidado humanizado**. La **dignidad** debe ser el motor que impulse todos los cuidados, pues todos merecemos ser tratados con igualdad y respeto. La humanización de los cuidados **mejora** la calidad de vida de la persona, lo que beneficia a la calidad asistencial y a la salud general de los pacientes.
- Se ha producido una transformación en las relaciones terapéuticas como consecuencia del **cambio producido en la ética de las profesiones sanitarias**. En este proceso ha sido fundamental la **actuación de los profesionales de enfermería**, puesto que es el sanitario que pasa más tiempo en contacto directo con el paciente y, por tanto, que más posibilidades tiene para establecer una relación de confianza.
- Son necesarios **profesionales de enfermería especializados en Salud Mental** que posean determinadas actitudes y valores como afecto, autoeficacia y comprensión emocional; y que respeten, siempre que sea posible, los derechos de los pacientes.
- Numerosos países europeos, y entre ellos España, han incorporado a sus legislaciones normas relativas a los **derechos de los pacientes respecto a los cuidados de salud**, cobrando gran importancia conceptos como información, autonomía, consentimiento informado, confidencialidad, etc.; lo que va a permitir a los pacientes tomar decisiones de forma independiente.
- El **reconocimiento y respeto de estos derechos** es vital en las **personas que padecen patología mental** de cara a su recuperación, pues va a ayudar en la mejora de su autoestima y autonomía personal, y en último término, favorecer su recuperación.
- En la actualidad, con **la pandemia, la salud mental** se ha visto muy afectada por las situaciones que se han desencadenado a nivel de económico, social, familiar y de salud. Debemos de tomarnos muy en serio el bienestar emocional de las personas, pues si no lo hacemos, esto tendrá importantes costos sociales y económicos a largo plazo para nuestra sociedad.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bequis Lacera MC. Reflexión sobre el Cuidado Humanizado En Los Servicios De Salud Mental Y Psiquiatría. Psiquiatría.com. 2018 [citado 29 Diciembre 2020];22. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/reflexion-sobre-el-cuidado-humanizado-en-los-servicios-de-salud-mental-y-psiquiatria/>
2. ASALE R. humanizar | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2020 [citado 3 Enero 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/humanizar>
3. Bermejo Higuera JC, Villaceros Durbán M. Humanización y acción. Rev Iberoam Bioética [Internet]. 2018 [citado 9 Enero 2020];(8):3–14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6666481>
4. Rocamora A. Un enfermo en la familia. Claves para la intervención psicológica. Madrid; 2000: 19.
5. Farfán Pesante R. Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico. Ucv - Scientia [Internet]. 2016;8(2):124–126. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181531>
6. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Rev Enferm [Internet]. 2007 [citado 1 Febrero 2021];16(1):129–135. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016
7. Colomer Simón AJ, Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA, Ruiz Barranco J, Félez Gerona MP. Guía de cuidados enfermeros en la red de Salud Mental de Aragón [Internet]. 2003 [citado 13 Febrero 2021];153–165. Disponible en: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Guia-de-cuidados-enfermeros-en-salud-mental-Aragon.pdf>
8. Martínez Ramírez N, Casariego Magadán C. Humanización sanitaria - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. 2020 [citado 5 Marzo 2021]. Disponible en: <https://revistamedica.com/humanizacion-sanitaria/>
9. Mañas C, Díaz Marsá M, Montes Rodríguez J, Reneses Prieto B, Pérez Corrales J, Del Álamo Jiménez C. HUMANIZACIÓN de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve [Internet]. Sociedad de Psiquiatría de Madrid. 2019 [citado 5 Marzo 2021]; 9–58. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Libro Humanización-SPM.pdf>
10. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 Marzo 2021]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
11. Ribot Reyes V, Chang Paredes N, González Castillo A. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 7 Marzo 2021];19(1):1–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008
12. Dal'Bosco EB, Floriano LSM, Skupien SV, Arcaro G, Martins AR, Anselmo ACC. Mental health of nursing in coping with COVID-19 at a regional university hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 7 Marzo 2021];73(2):1–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32667576/>
13. Navío Acosta M, Baón Pérez B, López Jiménez JM, Rodríguez Quirós J, San Román Carbajo R, Caminero Luna P, et al. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 [Internet]. 2018;11–23. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
14. Desviat M. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA 25 AÑOS DESPUÉS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2011 [citado 13 Marzo 2021];85(5):427–431. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002

15. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y LOS DERECHOS EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE LA LEY 41/2002. *Rev Española Salud Pública* [Internet]. 2004 [citado 13 Marzo 2021];78(4):471–476. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n4/colabora4.pdf>
16. Mendonça SM. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. *Rev Bioética* [Internet]. 2019 [citado 13 Marzo 2021];27(1):47–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271285>
17. Fernandes Moll M, Cruz Mendes A, Arena Ventura CA, Costa Mendes IA. Nursing care and the exercise of human rights: An analysis based on the reality of Portugal. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016 [citado 23 Marzo 2021];20(2):236–242. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200236&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Del Pino López R. Estrategia de bioética en el plan integral de salud mental de Andalucía. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2015 [citado 23 Marzo 2021];35(126):341–351. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Rev Enfermería Ene* [Internet]. 2015 [citado 23 Marzo 2021];9(2):1–23. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Valls Molins R. *Ética para enfermería, un programa de formación*. 1ª Edición. Barcelona; 1996: 15–99.
21. Leino-Kilpi H, Gasull M, Lemonidou C, Schopp A, Cabrera E, Zipter U, et al. Aspectos éticos en la práctica de la enfermería: autonomía, privacidad y consentimiento informado en cinco países europeos. Madrid; 2003: 13–65.
22. De Lorenzo y Montero R. *Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes para Psiquiatras*. Madrid; 2003: 5–137.
23. Gracia D, Júdez J, Altisent R, Barbero J, Borrell F, Carballo F, et al. *Ética en la práctica clínica*. 1ª Edición. Madrid; 2004: 15–99.
24. Feron Luiz F, Aquino Caregnato RC, da Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [citado 1 Abril 2021];70(5):1040–1046. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28977232/>
25. Pérez-Fuentes MDC, Herera-Peco I, Molero Jurado MDM, Oropesa Ruiz NF, Ayuso-Murillo D, Gázquez Linares JJ. The development and validation of the healthcare professional humanization scale (HUMAS) for nursing. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [citado 9 Abril 2021];16(20):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31635037/>
26. Suazo I, Pérez-Fuentes MDC, Jurado MDMM, Martínez ÁM, Márquez MDMS, Martín ABB, et al. Moral sensitivity, empathy and prosocial behavior: Implications for humanization of nursing care. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 11 Abril 2021];17(23):1–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33266232/>
27. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Herrera Peco I, Gázquez Linares JJ. Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS. *Eur J Heal Res* [Internet]. 2019 [citado 18 Abril 2021];5(1):1–11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7114142>
28. Carvalho Pereira Melo RC, Pina Queirós PJ, Hiromi Tanaka L, Lúcio Henriques LV, Leiria Neves H. Nursing students' relational skills with elders improve through humanity care methodology. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 18 Abril 2021];17(22):1–14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33227990/>
29. Yada H, Abe H, Odachi R, Adachi K. Exploration of the factors related to self-efficacy among psychiatric nurses. *PLoS One* [Internet]. 2020 [citado 18 Abril 2021];15(4):1–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32240210/>

30. Eckerström J, Allenius E, Helleman M, Flyckt L, Perseus KI, Omerov P. Brief admission (BA) for patients with emotional instability and self-harm: nurses' perspectives - person-centred care in clinical practice. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2019 [citado 23 Abril 2021];14(1):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526310/>
31. Zaragoza Martí MF, Julià Sanchis R, García Sanjuán S. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2020 [citado 23 Abril 2021];49:26–38. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000200003&lang=pt
32. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. *Boe.es*. 2002 [citado 23 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
33. León Correa FJ. Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Rev Chil Neuropsicol* [Internet]. 2010 [citado 24 Abril 2021];5(1):14–19. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6168099>
34. Lamont S, Stewart C, Chiarella M. Capacity and consent: Knowledge and practice of legal and healthcare standards. *Nurs Ethics* [Internet]. 2019 [citado 24 Abril 2021];26(1):71–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28093938/>
35. Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 25 Abril 2021];19(1):1–13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31035963/>
36. Azón Belarre S, Azón Belarre JC, Berges Usán P, Pellicer García B, Abadía Labena S, Murillo García E. Continuidad de Cuidados, ¿un paso definitivo hacia la autonomía y mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Mental Grave? *Norte Salud Ment* [Internet]. 2017 [citado 26 Abril 2021];15(56):26–33. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6381239>
37. Velasco Velado C, Álvarez López MA, Fernández Rodríguez ME, Escribano Sánchez S, Cuéllar Martín A, Abad Pinillos I, et al. GESTIÓN DE CASOS EN SALUD MENTAL: PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE SM [Internet]. *Sacyl Gerencia Regional de Salud, Junta de Castilla y León*. Castilla y León; 2020 [citado 26 Abril 2021];4–9. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/gestion-casos-salud-mental-proceso-atencion-paciente-cronic.ficheros/1110259-PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO DE SM.p>
38. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. *Boe.es*. 2000 [citado 27 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>